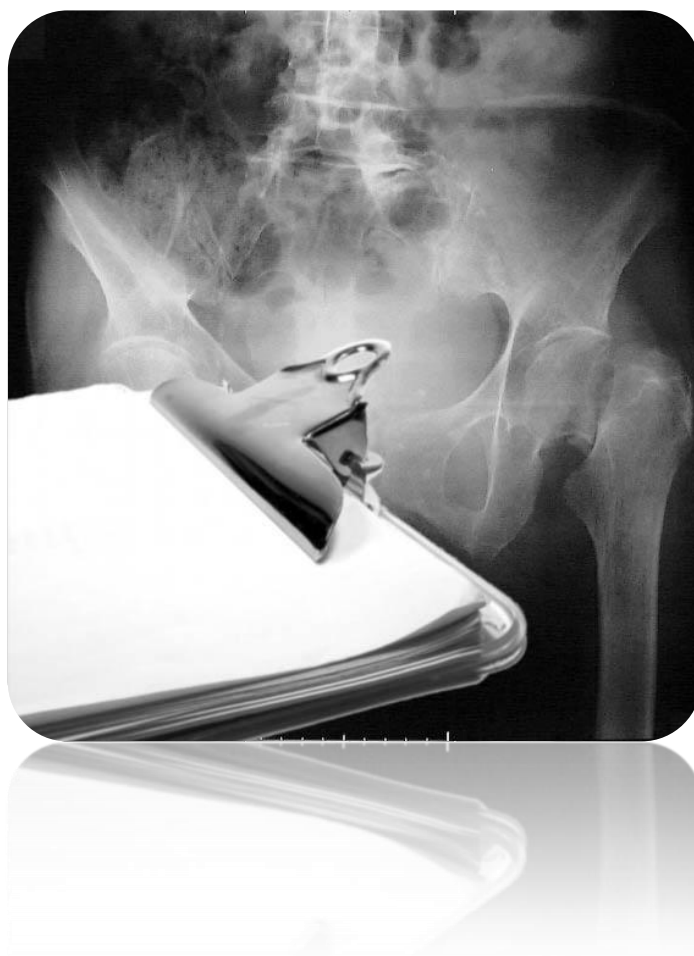


UNIVERSITETET I OSLO – DET MEDISINSKE FAKULTET
INSTITUTT FOR ALLMENN OG SAMFUNNSMEDISIN

Forbedret legedokumentasjon av pasientforløp i journal

Ved ortopedisk avdeling på Ahus

KLoK prosjekt for Gruppe 15 kull V-05, 7.10.2010



Gruppeleder: Line Sommerfeldt

Gruppemedlemmer: Lars Krogh Berg, Karina Hougen, Ingvild Nakstad, Siri Grøtt Nilsen, Inge Østvoll

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	3
1. Introduksjon	4
2. Bakgrunn	4
3. Metode.....	6
a. Validering av problemstilling.....	6
b. Identifisering av mulige tiltak for forbedring.....	7
c. Utvelgelse av tiltak.....	8
4. Resultater.....	8
a. Validering av problemstilling.....	8
b. Tiltak	10
c. Konklusjon	15
5. Indikator	16
6. Implementering	17
a. SWOT analyse av ortopedisk avdeling Ahus.....	18
b. Strategi for implementering	19
7. Oppsummering og diskusjon.....	21
8. Referanseliste	23
Vedlegg 1	Error! Bookmark not defined.

Sammendrag

I 2005 gjorde Helsetilsynet landsomfattende tilsyn med gastrokirurgiske avdelinger. I 2/3 av tilfellene ble det funnet vesentlige mangler ved kirurgenes journalføring. Gjennom klinisk utplassering har vi også møtt på vanskeligheter pga manglende fokus på fortløpende notater i journalen. Vi ønsket å se på problemstillingen: hvordan forbedre legers dokumentasjon av pasientforløp. Mikrosystemet vårt er ortopedisk avdeling Akershus Universitetssykehus, Ahus.

For å validere vår problemstilling har vi gjort litteratursøk, gjennomgått norske tilsynsaker ved kirurgiske avdelinger, gjort kvalitative intervjuer med ortopeder og gjennomført en spørreundersøkelse. Intervjuene og spørreundersøkelsen var entydige for at det ikke er god nok fortløpende journalføring ved ortopedisk avdeling, Ahus.

Det fantes generelt lite litteratur på hvordan man kan forbedre dokumentasjonen på pasienter innlagt på en sykehusavdeling, så hovedsakelig med støtte i intervjuer og spørreundersøkelsen valgte vi to tiltak for å bedre journaldokumentasjonen: Innføring av rutine for å skrive fredagsnotater og ledelsesfokus over tid på viktigheten av dokumentering i journalen.

Vi har valgt en prosessindikator, som består av å telle andel fredagsnotater før og etter tiltaket. Denne indikatoren sier ingenting om kvaliteten av notatene. Derfor har vi også valgt en random- sample indikator. Denne indikatoren vurderer kvaliteten til utvalgte fredagsnotater. Random -sample innebærer blant annet, at høyt kvalifisert personell vurderer fredagsnotatene.

Viktige punkter for gjennomføringen av tiltakene er workshop, plakater med viktige punkter til fredagsnotater, faste evalueringer av fredagsnotater, påminnelser fra vakthavende på morgenmøte mandager og linjediagram over fredagsnotaer. Ledelsen spiller en viktig rolle med ansvar for oppfølging av prosjektet, prioritering av tid til skrivearbeid og et aktivt arbeid for godt arbeidsmiljø. Tiltakene er langvarige og det holdes en evaluering etter tre måneder. Evalueringen består i å vurdere, om tiltakene har bidratt til å bedre kvaliteten av helsehjelpen avdelingen yter.

1. Introduksjon

Denne oppgaven har tatt for seg problemstillingen hvordan forbedre legers dokumentasjon av pasientforløpet på ortopedisk avdeling ved Akershus Universitetssykehus (Ahus). I arbeidet med oppgaven har vi samlet kunnskap om avdelingen gjennom intervjuer, en spørreundersøkelse, ved at en i gruppen hadde praksis ved avdelingen i 4 uker og ved at alle har hatt smågruppeundervisning ved avdelingen som del av studiet. Generell kunnskap rundt dokumentasjon og journalskriving er funnet gjennom litteratursøk. Tiltak for kvalitetsforbedring er utviklet i samspill med leger ved avdelingen. Litteratur om ledelse er trukket inn i utarbeidelsen av en plan for implementeringen av tiltakene. Oppgaven er gjort som del av faget Kunnskapshåndtering, Ledelse og Kvalitetsforbedring (KLoK) av en gruppe på 6 medisinstudenter.

I KLoK-fagets veileder er det oppgitt en veiledende mal for oppgaven. Strukturen i denne oppgaven avviker noe fra denne malen. Dette er gjort for å få til en mest mulig strukturert og ryddig fremstilling av innholdet. Oppgaven begynner med å presentere bakgrunn for valg av tema og mikrosystem. Deretter beskrives metodikken som er brukt for å validere problemstillingen, utvikle forslag til tiltak og til slutt velge tiltak for kvalitetsforbedring. Videre presenteres resultatene av arbeidet beskrevet i metodedelen. Dette leder frem til en presentasjon av det endelige tiltaket for å forbedre legedokumentasjonen av pasientforløpet. For å skulle kunne måle hvorvidt tiltaket blir iverksatt er det utviklet en indikator som videre presenteres. Til slutt følger et kapittel om implementering som tar for seg hvordan tiltaket skal iverksettes på ortopedisk avdeling Ahus. Her blir det henvist til litteratur om ledelse som ikke er presentert tidligere i oppgaven da denne litteraturen ikke danner grunnlag for utvikling og valg av tiltak og indikator.

2. Bakgrunn

I løpet av 10. semester var vi alle utplassert på en klinisk avdeling hvor vi deltok i avdelingens postrutiner, deriblant epikriseskriving. I denne forbindelse var det flere av oss som møtte på vanskeligheter relatert til manglende journalnotater, slik at det ble vanskelig å danne seg et komplett bilde av pasientens forløp. Spesielt virket dette å være et problem ved ulike ortopediske avdelinger. Muligens har dette bakgrunn i at et stort antall pasienter behandles i denne typen avdelinger og at det ofte er lite tid til og fokus på dokumentasjon av pasientforløp utover operasjonsbeskrivelser. Vi bestemte oss derfor for å se nærmere på

ortopedisk avdeling ved Ahus som er en av landets største avdelinger i sitt slag, bemannet av 10 overleger og 16 assistentleger.

Vi stilte oss spørsmålet om det er slik at legene her opplever journaldokumentasjonen som mangelfull. I så fall, finnes det noen tiltak som kunne tenkes å bedre disse forholdene? Fra lovgivers side er man pålagt å dokumentere all helsehjelp. Vi vil innledningsvis kort vise lovgrunnlaget for dette i Helsepersonelloven (1).

Helsepersonelloven

§ 39. *Plikt til å føre journal*

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient.

§ 40. *Krav til journalens innhold m.m.*

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, (...).

I tillegg finnes en egen forskrift (2) som gir detaljerte opplysninger om krav til journalføring og innhold. Av relevanse for vår oppgave framheves følgende paragrafer:

Forskrift om pasientjournal

§ 7. *(Krav til journalføringen)*

Journalen skal føres fortløpende. Med fortløpende menes at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt.

§ 8. *(Krav til journalens innhold)*

Her spesifiseres en rekke underpunkter, blant annet er følgende er nevnt: opplysninger om sykehistorie, funn, resultater av supplerende undersøkelser, tentativ diagnose, behandling og videre plan. I tillegg en rekke andre punkter som f.eks informasjon gitt og samtykke/samtykkekompetanse.

Alle i gruppen hadde i større eller mindre grad erfart en diskrepans mellom hva loven krever i forhold til dokumentasjon av helsehjelp og praksis på ulike kliniske avdelinger. Vi hadde stort sett erfart dette i forbindelse med at vi skulle skrive epikriser. Vi ser også for oss at problemet oppstår når man skal sette seg inn i en pasient i forbindelse med visitt eller mens man har vakt. Det at vi både har erfart og ser for at vi vil fortsette å måtte hankses med dette problemet, ga god motivasjon for å finne tiltak for kvalitetsforbedring.

3. Metode

a. Validering av problemstilling

En forutsetning for gjennomføring av prosjektet med valgte problemstilling i valgte mikrosystem var at problemstillingen faktisk var aktuell generelt utover våre erfaringer og ved den valgte avdelingen. En validering av dette kunne gjøres på flere nivåer. Vi har gjort et systematisk litteratursøk og et søk etter relevante tilsyn ved helsetilsynet, samt undersøkt den subjektive oppfatning blant legene og hos ledelsen ved avdelingen.

Litteratursøk

For å undersøke om det var publisert litteratur om andre sykehusavdelinger, helst ortopediske eller kirurgiske, som hadde opplevd kvalitative eller kvantitative problemer med den løpende dokumentasjonen i pasientjournalen, har vi gjort søk i PubMed og Embase. Vi har brukt søkeordene *documentation, medical record, patient record, audit, investigation, examination, analysis, quality, standard, practice, ward, department, surgery* og *orthopedic*. Begrensningene var artikler på engelsk og skandinaviske språk. Videre har vi søkt etter relevante artikler ved å bruke *Related citations* funksjonen i PubMed, *Find similar* funksjonen i Embase og referanselister i aktuelle artikler. Vi har lest titler og eventuelt abstracts for å identifisere artiklene som var aktuelle for vår problemstilling.

Tilsynssaker/ Relevante tilsyn ved helsetilsynet

Helsetilsynet gjør jevnlig landsomfattende tilsyn med bestemte tema i områder av helsetjenesten. For at et slikt tilsyn skulle være relevant for problemstillingen brukte vi følgende kriterier: tilsynet må være gjennomført siste ti år, tilsynet må være gjennomført i kirurgiske sengeposter og tema for tilsynet må omfatte kvalitet av legers journalføring.

Kvalitative intervjuer

Vi holdt tre møter med forskjellige leger ved ortopedisk avdeling. To av møtene ble gjort med overleger, deriblant avdelingsoverlegen, og et møte ble gjort med en assistentlege. Vi ønsket å undersøke om vår problemstilling var relevant for ortopedisk avdeling. Var det samsvar mellom ortopedenes oppfatninger av journalnotater og vår egen fra klinisk utplassering på 10. semester? Følte de at det manglet viktig informasjon om pasientene i journalen eller at journalen var for knapp i forhold til epikriseskriving, vakt og postarbeid? Vi så en mulighet for at overleger og assistentleger har ulikt syn på saken, og vi ville derfor møte representanter fra begge leire.

Spørreundersøkelse

Det er legegruppen på ortopedisk avdeling som står for dokumentasjonen vi ønsker kartlegge behov for kvalitetsforbedring av. Vi utarbeidet og gjennomførte derfor en spørreundersøkelse (vedlegg 1) for å kvantifisere i hvilken grad legene opplever dokumentasjonen som mangelfull, hvilke tema som er for dårlig dokumentert og motivasjon for tiltak for forbedring.

Legenes opplevelse av mangelfull dokumentasjon ble kartlagt ved å spørre om de mener problemstillingen er aktuell for avdelingen, hvor ofte de opplever problemet og hvilke områder som er for dårlig dokumentert. For å kartlegge motivasjonen i legegruppen for å delta eller gjennomføre tiltak for forbedret dokumentasjon spurte vi om de mente det var behov for nettopp dette.

b. Identifisering av mulige tiltak for forbedring

Mulige tiltak som kunne føre til bedret dokumentasjon ble ideidentifisert på en eller flere av følgende måter:

- Intern idémyldring i gruppen, basert på egne erfaringer og idéer, samt gjennomgått undervisning i KloK.
- Kvalitative intervjuer med to overleger og en assistentlege ved avdelingen
- Litteratursøk

Vi gjorde litteratursøk hvor vi både lette etter inspirasjon til nye tiltak og så etter evidens for effekten av tiltakene vi allerede hadde funnet. Vi søkte i Cochrane, Pubmed og Embase med søkeordene patient record, medical record, improved documentation, improved record keeping, medical record summary, weekly summary, weekend summary, computer on wheels, cows, mobile electronic patient record, rounds, ward rounds, template, standard note, patient outcome, patient survival, frequent documentation, frequent entry, frequent notes, daily entry, daily notes, daily documentation og updated medical record. Begrensningene var artikler på engelsk og skandinaviske språk, samt begrensning på at søkeordet skulle finnes i tittel eller abstract. Vi har også sett etter relevante artikler ved å bruke *Related citations* funksjonen i PubMed, *Find similar* funksjonen i Embase og referanselister i aktuelle artikler. Vi har lest titler og eventuelt abstracts for å identifisere artikler som var aktuelle for vår problemstilling. Vi ville helst ha reviews eller metaanalyser basert på randomiserte, kontrollerte studier som sammenlignet mellom tiltak eller mellom ingen tiltak versus tiltak, eller kohortstudier som sammenlignet situasjonen før og etter innsatt tiltak, og som evaluerte hvilken effekt tiltakene hadde på dokumentasjonen i journalen.

c. Utvelgelse av tiltak

De tiltakene vi identifiserte ble vurdert i forhold til potensiell effekt, gjennomførbarhet og kostnad, for å velge ut et eller flere som mest egnet. Mer enn ett tiltak ble valgt dersom to eller flere tiltak ble vurdert som likeverdige, og dersom gjennomføring av tiltakene ikke ville kreve direkte innsats av samme gruppe aktører i avdeligen.

For å rangere tiltakene kvantitativt gjennomførte vi spørreundersøkelse (vedlegg 1) blant avdelingens leger der vi ba respondentene score hvert tiltak på en skala (1-6) for; forventet effekt på dokumentasjon av legevistitt; forventet tidsbesparelse; og gjennomførbarhet i aktuelle avdeling.

Det var her snakk om et lite datasett (relativt få respondenter), flere grupper som skal sammenlignes, og det forventes ikke at verdiene er normalfordelt. Derfor ble median verdi med 25% og 75% persentil brukt. For ikke-parametrisk sammenligning av gruppene (tiltakene) ble Kruskal-Wallis Anova og Student-Newman-Keuls metode anvendt.

Beregningene ble gjort for hvert spørsmål. Respondentene ble bedt om å score hvert tiltak. Kun respondentene som fullførte hele skjemat ble inkludert i beregningene.

Etter denne rangeringen på grunnlag av legegruppens samlede vurdering, ble følgende ikke-kvantifiserte faktorer tatt i betraktning for hvert tiltak:

- Ledelsens vurdering av hvert tiltak, innhentet i kvalitative intervjuer med avdelingsoverlegen.
- Gruppens vurdering av økonomisk kostnad som ”høy” eller ”lav” relativt til andre aktuelle tiltak
- Gruppens vurdering av grad av intervensjon i legegruppens arbeidshverdag som ”høy” eller ”lav” relativt til andre aktuelle tiltak
- Litteratursøk

4. Resultater

a. Validering av problemstilling

I forhold til lovgrunnlag er det lovpålagt med fortløpende journalføring (se bakgrunn), noe som egentlig alene validerer problemstillingen. Det er i tillegg flere eksempler i media på klagesaker eller feilbehandling, hvor det ofte påpekes dårlig journalføring, og hvor journalen er det eneste behandlende lege har å støtte seg på.

Vårt søk hos Helsetilsynet resulterte i ett relevant landsomfattende tilsyn: Kommunikasjon i helseforetak som har akutfunksjon innen gastrokirurgi og behandler kreft i fordøyelseskanalen, 2005. I dette tilsynet ses det blant annet på kommunikasjon mellom helsepersonell mens pasienten er innlagt i kirurgisk sengeavdeling. I to av tre av tilsynene ble det funnet vesentlige mangler ved kirurgenes journalføring. Spesielt nevnes at opplysninger om pasientenens tilstand og håndteringen av denne mangler. Det hevdes i rapporten at kirurger dokumenter lite utover inntakstnotatet og operasjonsbeskrivelser. Ved hvert tredje tilsyn påpekes det dessuten at pasientjournalene var så uoversiktlige at tilgangen til opplysninger ble vanskelig.

Litteratursøk viste at det flere steder i verden var undersøkt kvaliteten på dokumentasjonen i pasientjournalen. Ved en kirurgisk avdeling i Wales fant man at de enkelte notatene i pasientjournalene i gjennomsnitt oppfylte 80 % av kravene som var fastsatt for journalnotater (3), mens ved et spesialisert sykehus i Saudi Arabia tilfredsstilte 83,3 % av journalene kravene for god kvalitet i forhold til dokumentasjon (4). Ved en kirurgisk avdeling i Sør-Afrika oppfylte hver av pasientjournalene i gjennomsnitt 80 % av kravene som var satt for journaler. De fant også noe manglende kontinuitet i journalene, ved at kun 77% oppfylte kravet om daglig journalnotat (5). Ingen av disse stedene var fornøyd med pasientjournaldokumentasjonen og ønsket forbedring. Vi kan ikke ut fra dette trekke en generell slutning om journaldokumentasjon, men det har i alle fall vært et problem med kvaliteten på dokumentasjonen i journalen flere steder enn det vi har opplevd.

I de kvalitative intervjuene var også samtlige intervjuobjekter positive til hele prosjektet og mente at det lå et betydelig forbedringspotensiale i dokumentasjonene. Viktigheten av visitt ble også nevnt og betydningen av at ikke dette skulle nedprioriteres i forhold til andre oppgaver.

Spørreskjemaet vi utarbeidet og delte ut til legene ved avdelingen ble besvart av 15 leger (12 assistentleger og 3 overleger). 7 leger oppga at de opplevde mangelfull dokumentasjon månedlig, mens 8 opplevde dette ukentlig. Vi velger å se bort fra spørsmål om legene opplever problemstillingen som aktuell ved sin avdeling, da de 3 som svarte at de ikke opplevde problemstillingen aktuell likevel oppga frekvens av problemet. De øvrige 12 svarte at de opplevde problemstillingen aktuell ved avdelingen. Opplysninger om behandling,

hvilken informasjon som var gitt pasient og komplikasjoner var det flest leger opplevet som mangelfullt dokumentert. Som et indirekte på mål på legenes motivasjon til å delta i tiltak for å øke kvaliteten på journalføring spurte vi om de mente det var behov for slike tiltak. 10/15 svarte at de mente de.

Samtlig utredning vi har gjennomført for å undersøke om vår problemstilling er valid i aktuelle mikrosystem eller ikke taler for at den er akutell.

b. Tiltak

Kvantitativ rangering av aktuelle tiltak

Det fantes generelt lite litteratur på hvordan man kan forbedre den løpende dokumentasjonen på pasienter innlagt på en sykehusavdeling, så vi har derfor i større grad måttet basere oss på tiltak utviklet i kontakt med avdelingen. Gjennom prosessen for utvelgelse av mulige tiltak var vi innom flere forskjellige tiltak. Fem tiltak pekte seg ut som mest realistiske og gjennomførbare for vår avdeling og vi valgt å kun presentere disse i oppgaven.

- TILTAK 1: Avdelingsoverlegen pålegger vistittgående lege å skrive daglig journalnotat.
- TILTAK 2: Avdelingen utarbeider og bruker systematisk standard mal for journalnotat på inneliggende pasienter (tilsvarende innkomstmal).
- TILTAK 3: Innføring av rutine for at legen som går visitt på fredag skriver oppsummeringsnotat for innliggende pasienter.
- TILTAK 4: Ledelsen fokuserer over tid på viktighet av god dokumentasjon av legevisitt.
- TILTAK 5: Praktisk tilrettelegging for at lege skal kunne dokumentere ferdig bedside dirkede i elektronisk journalsystem.

Tabell 1 viser resultatene fra spørreundersøkelsen. Kruskal-Wallis Anova og Student-Newman-Keuls metode for det første parametret ("Tror du dette vil øke dokumentasjonen...") viser signifikant høyere score for tiltak 3 (fredagsnotat) enn alle de andre tiltakene. Tiltak 4 (fokus over tid på vistitt) har deretter signifikant høyere score enn tiltak 1, 2 og 5. Tiltak 1 har signifikant høyere score enn 2 og 5. Vi finner ikke signifikant forskjell mellom tiltak 2 og 5.

For de to andre parametrene ("Mener du dette tiltaket vil være tidsbesparende" og "Mener du dette tiltaket er gjennomførbart...") finner vi med samme statistiske metode ingen signifikant rangering av score for de forskjellige tiltakene.

Tiltak	A	B	C
Pålegg om daglig notat	3.5 (3.0-5.0)	4.0 (2.0-4.0)	3.0 (3.0-4.0)
Standard notatmal	2.0 (2.0-3.5)	3.25 (2.0-4.0)	3.0 (2.0-3.0)
Fredagsnotat	5.0 (5.0-5.0)	5.0 (3.0-5.0)	4.0 (3.0-5.0)
Fokus over tid på visitt	4.0 (4.0-5.0)	4.0 (3.0-5.0)	4.0 (3.0-5.0)
Praktisk tilrettelegging for bedside dok.	3.0 (2.0-4.5)	3.0 (2.0-4.0)	2.5 (2.0-3.5)

Tabell 1 – Resultat av spørreundersøkelsen.

A: Tror du dette vil øke dokumentasjonen av legevisitt for pasienter som ligger 3 dager eller lengre? B: Mener du dette tiltaket vil være tidsbesparende for postarbeid? C: Mener du dette tiltaket er gjennomførbart ved din avdeling? (Oppgitte verdier er median med 25%/75% persentil.)

Kvalitativ vurdering av rangerte tiltak

Pålegg om daglig notat

Under idémyldringen viste det seg at det var en rimelig god enighet blant gruppens medlemmer om at det var en god praksis å ha et dagsnotat fra visitten i journalen på alle hverdager. At dette i seg selv kunne være et tiltak gjennom at avdelingsledelsen satte som et klart mål å ha et daglig notat på pasienten ble trukket fram av to av legene vi intervjuet. Avdelingslederen mente også at dette kunne ha effekt, men at et notat daglig sannsynligvis ville være uhensiktsmessig hyppig som hovedregel.

Vi fant ingen vitenskaplige artikler som hadde undersøkt betydningen av en oppdatert journal, spesielt ikke med daglige notater, men vi fant at The Royal College of Surgeons of England har utarbeidet guidelines for hvordan en journal skal utformes. Blant kravene er at notatene i journalen skal suppleres og oppdateres regelmessig med informasjon om alle undersøkelser, behandlinger og muntlige beskjeder gitt til pasienten og dennes pårørende (6).

Vi vurderer den direkte økonomiske kostnaden ved et slik pålegg som ”lav”. Det er snakk om journalføring av allerede utførte aktiviteter, og en eventuell økt mengde arbeidstid benyttet til å skrive journalnotat vil kunne innhentes i at andre legers arbeid med samme pasienter vil kunne effektiviseres.

Gruppen vurderer grad av intervensjon i legegruppens arbeidshverdag som ”høy” for dette tiltaket. Det er her snakk om å innføre en regel som pålegger visittgående lege å skrive notater den ikke er vant til å måtte skrive.

Standard mal for journalnotat på inneliggende pasient

Dette tiltaket ble utviklet under idémyldring i gruppen ut fra tanken at sjekklister er et effektivt tiltak og at en standard mal kan sees på som en form for sjekklister. Tanken var at det kunne utarbeides en passende mal for daglig notat, slik som det finnes maler for inntaksjournaler og epikriser.

På en kirurgisk avdeling ble det gjort en sammenligning mellom før man innførte et standardskjema for dokumentasjon av første visitt etter innleggelse og etter innføring av dette. Man fant da en signifikant bedring i dokumentasjon av ansvarlig leges arbeidsdiagnoser og plan for pasienten (7). Da det i denne studien var brukt papirjournaler, er den ikke direkte overførbart til en hverdag med elektroniske pasientjournaler.

Vi vurderer den direkte økonomiske kostnaden ved et slik fredagsnotat som ”høy”. Innføring av en slik mal fordrer omfattende arbeid med utarbeidelse av nettopp malen.

Gruppen vurderer grad av intervensjon i legegruppens arbeidshverdag som ”høy” for dette tiltaket. Dette baserer seg hovedsaklig på uttalelser fra intervjuer med to av legene i avdelingen, der de uttrykker skepsis til å måtte skrive notat på en slik rigid måte.

Fredagsnotat

Fredagsnotat som mulig tiltak kom frem under intervjuene med to av legene på avdelingen. De fortalte at dette var et kort oppsummeringsnotat om pasienten, inkludert en handlingsplan for helgen. Tanken om at et slikt notat ville lette arbeidet for legene som har vakt i helgen med å sette seg inn i pasientens sykehistorie, eksisterte allerede blant legene på avdelingen, men var ikke iverksatt på en systematisk måte av avdelingens ledelse.

Avdelingsoverlegen gir i intervjuet uttrykk for at ledelsen ser tiltaket som veldig relevant, og mente at det var ønskelig at alle pasienter som lå over helgen hadde et slikt notat. Det finnes ingen litteratur på om en kort oppsummering av journalen, for eksempel ukentlig eller før helgen, vil ha noen positiv effekt på kvaliteten på dokumentasjonen eller pasientforløpet.

Vi vurderer den direkte økonomiske kostnaden ved et slik fredagsnotat som ”lav”. Det er mulig legene som på fredag må skrive et slikt notat vil bruke mer tid på visitt og journalføring

enn de ellers ville, men det er like plausibelt at helgens vaktleger vil spare tid og dermed øke arbeidskapaitet hvis de har tilgang til et slikt notat.

Gruppen vurderer grad av intervensjon i legegruppens arbeidshverdag som ”høy” for dette tiltaket. Det er her snakk om å innføre en regel som pålegger fredagens vistittgående lege en ny oppgave. Selv om det allerede skrives en del slike fredagsnotater vil et pålegg føre til en endring.

Økt fokus fra ledelsen/undervisning

Gjennom å gå gjennom hva som ble forelest om effektive tiltak under KLoK-undervisningen kom gruppen fram til dette som et mulig tiltak. Det ble også trukket fram av assistentlegen vi hadde et intervju med at det ville ha effekt på den daglige journaldokumentasjonen om ledelsen hadde fokus på dette.

Avdelingsoverlegen var ikke i tvil om at dette var viktig. Han mente at bevisstgjøringsarbeid krevde oppfølging av legene og kontinuerlig arbeid over tid.

I en retrospektiv evaluering av hvorvidt notatene fra kirurgiske team ved Royal Glamorgan Hospital (UK) følger sykehusets standard for hvordan notatene skal føres, blir det påpekt at mange av de yngre legene ikke var klar over at en slik standard fantes. Det konkluderes der med at det er viktig at legene er klar over og følger opp slike standarder, og at nye leger bør gis informasjon om dette når de starter på avdelingen eller under studiene (3). Vurderinger og tilbakemeldinger fra mer erfarne leger til nyere leger på hva som skrives i journalnotatene bedrer dokumentasjonen i denne (8).

Vi vurderer den direkte økonomiske kostnaden ved økt fokus på problemstillingen fra ledelsens side til ”lav”. Tiltaket sees som endel av alminnelig ledelse, og det er her snakk om fokus på et tema, ikke innføring av en ny arbeidsoppgave eller beslaglegging av tid for noen av aktørene i avdelingen, da det allerede vil være tid satt av til undervisning og lignende aktiviteter.

Gruppen vurderer grad av intervensjon i legegruppens arbeidshverdag som ”lav” for dette tiltaket. Det er ikke snakk om noen endring i legegruppens arbeidsoppgaver, og sitausjoner der fokus vil settes på problemstillingen finnes allerede i form av undervisning og legemøter.

Praktisk tilrettelegging for dokumentasjon bedside

En av studentene på gruppen hadde hørt om sykehus i Danmark som brukte en ”computer on wheels” (COWs, en datamaskin på trillebord) med installert standard journalsystem på en indremedisinsk avdeling. Disse var med på visitten og man dokumenterte direkte i journalen under visitten. Vår hypotese var at bruk av mobilt datautstyr på denne måten kunne minske tiden brukt på dokumentasjon, samt dokumentere mer korrekt informasjon om man tilrettela for å gjøre dette bedside under visitt.

Under intervjuene var ortopedene ambivalente i forhold til om dette var et bra tiltak. Det ble uttrykt noe bekymring for mindre kvalitetstid sammen med pasienten i det at man måtte bruke visitten også til dokumentasjon. Det ble også påpekt problemer med taushetsplikten om man dikterte på flermannsrom, samt at det kunne være en del praktiske problemer om man skulle ha med et trillebord på visitt. De så også positive sider ved tiltaket, som muligheten til å kunne dokumenter bedside i en oppstykket arbeidsdag, at det kunne være nyttig for å se på røntgenbilder, labsvar eller sjekke operasjonsbeskrivelser om det var noe pasienten lurte på som man ikke visste. Avdelingslederen mente også at et slikt tiltak ville være positivt å teste ut i og med at Ahus er et nytt og moderne sykehus.

En studie fra Canada viser at mobile enheter (PDA, tablet pc, mobile datakurver) var i bruk på over halvparten av intensivavdelingene (9), men hvordan bruken av dette er på ortopediske eller andre kirurgiske avdelinger har vi ikke funnet noen informasjon om. I en studie utført ved to norske sykehus i forbindelse med overgang fra papirjournal til elektronisk pasientjournal, var en av tilbakemeldingene fra studiedeltagerne at det var lite støtte for mobilt arbeid med det nye journalsystemet (10). En fordel som er vist med elektronisk journal med bærbar pc på visitt er at den mentale arbeidbyrden for visittgående lege blir redusert (11). I en review med to RCT fra ortopediske avdelinger, der de hadde sett på dokumentasjonen i journalen ved bruk av PDA, fant man at PDA gruppen hadde en bedret dokumentasjon, men brukte også lenger tid på å dokumentere, og dokumenterte flere overflødige eller uriktige diagnoser (12). Vi fant ingen studier som så på effekten på dokumentasjonen ved bruk av COWs eller lignende. Det er mer komplisert å teste brukervennligheten til mobile systemer i forhold til stasjonære systemer, da man må ta hensyn til grafiske løsninger, ergonomiske/fysiske løsninger, sosiale aspekter og hvordan systemet passer inn i arbeidsflyten på avdelingen. Det er derfor anbefalt å teste ut det mobile elektroniske pasientjournalsystemet i et så realistisk miljø som mulig før det tas i bruk i full skala (13). Et annet problem med mobile elektroniske

pasientjournaler er mikrobiologisk kontaminering av tastaturet (14). Man bør derfor ha etablert en rutine for rengjøring av disse. Po et al finner at det beste alternativet for dette vil være at en enkeltperson har ansvaret for dette, samt jevnlig bakteriekulturprøver fra tastaturene (15).

Vi vurderer den direkte økonomiske kostnaden ved et slik fredagsnotat som ”høy”. Det vil være behov for anskaffelse av nytt utstyr uansett hvilken teknisk løsning som velges og behov for en god del testing for å finne en løsning optimalt tilpasset avdelingen.

Gruppen vurderer grad av intervensjon i legegruppens arbeidshverdag som ”høy” for dette tiltaket. Hele gangen i visittgang og dokumentasjon endres, hvilket er et sentralt mønster i legehverdagen på avdelingen. Løsningen byr også på hygieniske utfordringer som ledelsen må håndtere.

c. Konklusjon

Problemstillingen vår var hvordan forbedre legers dokumentasjon av pasientforløpet på ortopedisk avdeling ved Ahus. Vi har validert at dette er et relevant problem og at det er potensiale for forbedring, identifisert mulige tiltak for forbedring, og gjort en totalvurdering av potensiell effekt og gjennomførbarhet av disse.

Det har generelt vært lite å finne av dokumentasjon i litteraturen rundt vår problemstilling. Vi har derfor måttet bruke alternative metoder i form av egne undersøkelser for å underbygge prosjektet.

Vi har med en spørreundersøkelse fått et kvantitativt bilde av legegruppens holdning til de ulike tiltakene. For potensiell effekt peker ”fredagsnotat” og ”økt fokus på dokumentasjon fra ledelsens side” seg ut som de tiltakene med størst potensiale. Grunnet stor variasjon i respondentenes svar kunne vi ikke finne noen forskjell mellom tiltakene når det kommer til potensiale for tidsbesparelse eller gjennomførbarhet.

Videre har vi vurdert hvert tiltak kvalitativt, hvor særlig vår vurdering av økonomisk kostnad og intervensjon i legegruppens hverdag skiller tiltakene fra hverandre. Høy økonomisk kostnad forventes for tiltak 2 og 5 (Standard notatmal og praktisk tilrettelegging av beside dokumentasjon), mens de andre vurderes som lav-kostnad. Alle tiltakene bortsett fra ”økt

fokus på dokumentasjon fra ledelsens side” vurderes til å i høy grad intervensjon i legenes arbeidshverdag. Dette ser vi som et mål på om endringstretthet vil kunne stå i veien for gjennomføring.

Tiltaket ”fredagsnotat” scorer best i spørreundersøkelsen og har lav økonomisk kostnad, og selv om det vurderes til å ha høy grad av intervensjon i legenes arbeidshverdag peker det seg ut som det mest hensiktsmessige tiltaket. Tiltaket ”økt fokus på dokumentasjon fra ledelsens side” har nest best score på spørreundersøkelsen og vurderes til å ha både lav økonomisk kostnad og lav grad av intervensjon i legenes arbeidshverdag. Dette tiltaket vurderes derfor som likeverdig ”fredagsnotat”, og siden det ikke vil kreve innsats fra samme aktører for gjennomførelse, velges dette også.

5. Indikator

For å måle om kvaliteten på legenes dokumentasjon blir forbedret gjennom prosjektet trengs et måleverktøy. En måte å måle dette på er å måle kvaliteten indirekte gjennom indikatorer som kan måles og som vi antar sier noe om kvaliteten (16).

Vi har valgt en prosessindikator som består i å telle andel fredagsnotater før og etter tiltaket og en indikator som måler effekt av tiltak ved en random-sample metode som forklares nærmere under. Prosessindikatoren forutsetter at det at fredagsnotater skrives i seg selv vil forbedre kvaliteten på dokumentasjonen av pasientforløpet. Naturlig nok vil også kvaliteten avhenge av kvaliteten på hvert enkelt notat. Denne indikatoren suppleres derfor med ”random sample” indikatoren som vurderer kvaliteten på utvalgte fredagsnotater. Videre følger en mer detaljert beskrivelse av de to indikatorene:

Andel fredagsnotater i forhold til før tiltak

Dette måler om det faktisk er kommet flere fredagsnotater enn tidligere. Dette er en veldig målbar indikator da det er en numerisk størrelse hvor man teller andel fredagsnotater før og etter tiltaket. Dette er data som er tilgjengelig for alle med tilgang til DIPS og man trenger ikke spesielle kvalifikasjoner for å innsamle disse data. Problemet med en slik indikator er at den ikke gir noe inntrykk av om kvaliteten er forbedret eller ikke. Det er derfor noe spørsmål om validitet til selve indikatoren da den kun i en viss grad måler den den er ment til å måle. Man kan også stille seg spørsmål ved om den er evidensbasert, da vi ikke har funnet noe i litteraturen om et høyere andel notater fører til økt dokumentasjon.

Random-sample

På bakgrunn av et møte med Helge Svaar ved Ahus, fikk vi tips å bruke en random-sample metode for å måle kvaliteten på tiltakene som innføres. Dette gjøres ved å randomisert velge ut en andel av pasientene hvor man går igjennom fredagsnotatet med en sjekkliste på for eksempel 10 punkter man mener et oppsummerende fredagsnotat bør inneholde. Denne indikatoren er målbar, ved at man får en numerisk størrelse på hvor mange av disse punktene hvert enkel fredagsnotat inneholder og man får et innblikk i kvaliteten på notatene. En annen styrke er at denne indikatoren er mulig å påvirke, ved at man kan endre punktene underveis. Indikatoren er noe mer ressurskrevende, da man må gå igjennom notatet på en randomisert andel av pasientene. Dette bør i utgangspunktet også gjøres av høyt kvalifisert medisinsk personell, slik at man sikrer seg at punktene som måles er relevante.

6. Implementering

For å systematisere faktorer relevante for implementering av tiltaket har vi gjennomført en SWOT (strengths, weaknesses, opportunities and threats)- analyse. Denne setter fokus på hvilke faktorer man må ta hensyn til for å få igjennom tiltakene og hvilke egenskaper avdelingen har for å fremme tiltakene (16). Under muligheter listes det opp de forbedringer vi antar tiltaket kan føre til i avdelingen. Under hindringer er det vi mener kan stå i veien for å få gjennomført tiltaket satt opp. Bakgrunnen for SWOT-analysen er deltakelse på avdelingstjeneste (deltagelse på visitt, morgenmøte, gå på vakt), undervisning ved ortopedisk avdeling, spørreundersøkelsen (vedlegg 1) og intervjuer.

Ut fra SWOT analysen, se tabell 2 og 3, kan det oppsummeres at avdelingen har høyt tempo og visitten har en tendens til å bli nedprioritert både i planlegging og i gjennomføring. Det at det settes av lite tid til visittgåing og visittgående lege samtidig er oppsatt på operasjonsprogrammet forverrer situasjonen. Skrivearbeid og dokumentasjon har generelt lavere status enn å operere. I tillegg tyder det på at redsel for å ta gale beslutninger kan være en årsak til mangelfull dokumentering av behandlingsplaner. Eksisterende møter har lav oppslutning, noe som tyder på at å implementere nye tiltak gjennom informering på møter ikke er en god idé. Avdelingen har både personer som påvirker holdningen til endring i positiv og negativ retning, men er generelt preget av endringstretthet blant annet etter mye forandringer i forbindelse med nylig flytting til nytt bygg. Det er sånn sett en utfordring å få de riktige personene med på laget for å skape motivasjon for endring.

a. SWOT analyse av ortopedisk avdeling Ahus

Styrker (Strengths)	Svakheter (Weaknesses)
Enighet om mangelfull dokumentering blant leger og sykepleiere	Høyt tidspress ved visittgang.
Klar, tydelig og respektert avdelingsleder	Avdelingsoverlegen er ofte fraværende fra morgenmøte
Motiverte ansatte, høyt ønske om å gjøre en god jobb	Ortopedene ruller mye mellom tunene fører til lite kontinuitet i oppfølging den enkelte pasient
Enkeltpersoner i avdelingsledelsen med engasjement for nytenkning og forbedringsarbeid	Visittgående lege er også oppsatt på operasjonsprogrammet
Avdelingen har allerede prøvd fredagsnotat og ønsker å videreføre dette	Få og trange arbeidstasjoner i avdelingen.
Godt humør i avdelingen	Lavt oppmøte på møter, særlig morgenmøter
Vakthavende alltid tilstede på morgenmøtene	

Tabell 2 – SWOT analyse del 1

Muligheter (Opportunities)	Hindringer (Treaths)
Riktigere behandling, bedre informerte sykepleiere, bedre igjennomføring av behandlingsplaner	Endringstretthet etter mye forandringer i forbindelse med nytt sykehusbygg
Færre forglemmelser og forsinkelser ved pasientbehandling	Høyt arbeidspress skaper motstand mot å bruke tid på dokumentasjon
Mindre feilbehandling	Enkelte overleger negative til forandring kan påvirker andre i samme retning
Raskere utskrivelser	Mange ønsker å gå tidlig hjem på fredager
Bedre grunnlag for informering av pasienter, pårørende og samarbeidende personell internt og eksternt	Dokumentasjonsarbeid har lav status i forhold til å operere
Lettere å sette seg inn i en pasient	Skrivearbeid oppfattes som kjedelig
Lettere å skrive gode epikriser	Redsel for å vedta/beslutte/stå ansvarlig for behandlingsopplegg forhindrer dokumentering av dette
	Å dokumentere øker sjansen for å bli stilt til ansvar for feil i behandlingsopplegg

Tabell 3 – SWOT analyse del 2

Basert på konklusjonene over mener vi at avdelingen har behov for følgende for å få implementert de valgte tiltakene “fredagsnotat” og “økt fokus på dokumentasjon”:

- Etablering av fredagsnotat som en fast rutine
- Økt motivasjon for å dokumentere generelt og skrive fredagsnotater spesielt

- Mer tid til visittgåeing og dokumentering av denne
- Et tryggere miljø som gjør at alle tør å ta beslutninger, særlig om behandlingsplaner

b. Strategi for implementering

I de følgende avsnitt presenteres hvordan vi ser for oss at de fire punktene over kan bli implementert i avdelingen. Litteratur om endring er trukket inn som grunnlag for strategiene.

Etablering av fredagsnotat som fast rutine

Fredagsnotat eksisterer i dag som et konsept i avdelingen, men det er ikke etablert som en fast rutine. Vi mener dette må endres slik at det blir en fast rutine at det alltid skrives fredagsnotat på pasientene som skal ligge i avdelingen over helgen. Kunnskapsgrunnlaget for effekt av ulike måter å implementere endringer på er mangelfullt (17;18). Francke et al fant at effektive implementeringsstrategier oftere har multiple komponenter enn kun én komponent, for eksempel kun kunnskapsøkning eller kun tilbakemelding (17). Det er vist at når brukerne av tiltaket selv deltar aktivt i utarbeidelsen av det, øker sannsynligheten for vellykket implementering av tiltaket (17). Studier tyder på at påminnelser er mer effektivt i endring av praksis enn å evaluere eller spre kunnskap (18). Det er vist at tilbakemelding gitt av en kollega med samme fagbakgrunn gir bedre effekt enn tilbakemelding av en med annen fagbakgrunn (18). Generelt er tilbakemelding funnet å ha lav til moderat effekt, men det er vist at økt intensitet på tilbakemeldingen øker effekten (19). Det er altså grunnlag for å anbefale at det lages et system for påminnelse og tilbakemelding for å fasilitere implementeringen av fredagsnotat som rutine. Videre tyder det på at tilbakemelding fra andre leger i større grad kan påvirke endring av legenes adferd enn tilbakemelding fra annet personell. Å øke tilbakemeldingens intensitet forventes å påvirke dens effekt i positiv retning. Brukerne av fredagsnotatet, alstå ortopedene, bør involveres i utviklingen av retningslinjene for hvordan det skal være. Følgende foreslås:

- Intern workshop på fredagsnotater før dette tiltaket iverksettes der legene selv får være med å utforme retningslinjer/mal for fredagsnotatet.
- Påminnelse om å skrive fredagsnotat hver fredag på morgenmøtet. Det bør være en person med en bestemt funksjon som er ansvarlig for å komme med påminnelsen, for eksempel vakthavende lege.
- Kort evaluering på morgenmøtet hver mandag ved at den som skal gå vakt mandag har ansvar for å spørre helgevakten om det var noen mangler av fredagsnotater.

- En plakat om fredagsnotatets innhold, ansvarlige for å minne om det på fredager og å evaluere det på mandager henges opp på rommet der avdelingen har morgenmøte samt ved arbeidsstasjonene hvor legene vanligvis dokumenterer
- Evaluering av tiltaket med prosessindikatoren. Presentasjon av dette med et linjediagram (16) som viser indikatoren på y-aksen og dato på x-aksen. Dette henges opp på morgenmøterommet.
- Evaluering av fredagsnotatenes kvalitet i henhold til “random sample” indikatoren.

Etter at man har holdt på med disse tiltakene i en viss tid, for eksempel 3 måneder, bør man ha et møte hvor tiltakene evalueres og rutinene eventuelt endres på bakgrunn av hva som her kommer frem. Prosessindikatoren vil si noe om hvorvidt tiltaket faktisk har blitt innført som en fast rutine, mens random sample-indikatoren vil evaluere kvaliteten. Utover evalueringen med indikatorene bør man evaluere om fredagsnotatet faktisk bidrar til å bedre kvaliteten på helsehjelpen avdelingen yter. Dette kan for eksempel gjøres gjennom en åpen diskusjon basert på de enkeltes erfaringer om hvorvidt tiltaket fører det til færre feil, lettere vaktarbeidet og lettere epikriseskriving etc.

Motivasjonsskapende arbeid hos ledelsen

Det er vist at negative holdninger til en retningslinje blant kollegaer har en negativ påvirkning på implementering av denne (17). Dette understreker viktigheten av at ledelsen skaper entusiasme blant de ansatte og skaper en positiv holdning til tiltaket. Det foreslås derfor følgende:

- Avdelingen spanderer kake og kaffe første fredag med fredagsnotat. Her presenteres ledelsens begrunnelse for tiltaket og hva de ser for seg at avdelingen kan oppnå med tiltaket
- Tiltakene om fortløpende evaluering og registrering av fredagsnotater antas å virke motiverende. Det blir synlig hvorvidt tiltaket følges og dette kan skape en viss prestisje i å gjennomføre tiltaket.
- Betydning av dokumentering understrekes av en ekstern fagperson; for eksempel kan sykehusjurist holde internundervisning om betydningen av og lovgrunnlaget for dokumentering.

Prioritere mer tid til skriving av fredagsnotater

Det foreslås at legen som går visitt på fredager ikke settes opp på operasjonsprogrammet. Tiden som blir til overs når fredagsnotatene er skrevet kan for eksempel brukes til faglig oppdatering, prosedyretrening, episkriseskriving eller annet postarbeid.

Skape et tryggere miljø for beslutningstaking

Det anbefales her at ledelsen setter fokus på dette ved følgende tiltak:

- Felles diskusjon rundt hvordan man tar beslutninger om behandlingsplaner og hvordan disse skal dokumenteres. Diskusjonen kan for eksempel tas på internundervising i forbindelse med morgenmøtet.
- Ledelsen understreker samtidig med diskusjonen nevnt over at man skal be en kollega om råd dersom man er usikker på videre behandling fremfor å ikke ta stilling til det.
- Det kan bestemmes at noen av overlegene, gjerne noen som i utgangspunktet er positive til tiltaket og interesserte i dokumentasjon, er rådgivere for de andre legene ved avdelingen i forhold til beslutningstaking. Er man usikker bes man ta kontakt med disse.

7. Oppsummering og diskusjon

Vi har gjennom denne KLoK-oppgaven forsøkt å ta fatt i en problemstilling hvor de aller fleste av oss, selv med begrenset klinisk erfaring, kjente seg igjen. Det er som tidligere nevnt god legeskikk samt et lovfestet krav at man fortløpende skal dokumentere all helsehjelp som gis. Diskrepansen mellom dette kravet og hva som møtte oss under postarbeid i 10. semesters praksis hva gjelder epikriseskriving, og den betydelige mangel på daglige journalnotater, var det som tente an gnisten i oss til fordypning i denne problemstillingen. Initialt fortjener lovtekstens begrep 'fortløpende' journal en liten diskurs. Man kan forsvare, og det mulig med rette, at journalføring av visitten kan utsettes hvis noe spesielt skulle oppstå, som for eksempel akutte operasjoner. Hva som blir vanskeligere å forsvare er at en pasient med kanskje et 10 dagers sykehusopphold ikke har flere enn tre journalnotater, som som enkelte av oss har opplevd. Her ligger mer enn utsettelse av dokumentasjon til grunn. Det kan også hevdes at man ikke trenger dokumentere hvis det ikke har skjedd noen endringer. Skulle man akseptere en slik argumentasjon ville man lett se for seg et problem hvis noe skulle oppstå noe og behovet for retrospektive journalstudier på ikke eksisterende journalnotater kom til å bli nødvendig. Dette kan i hvert fall bli et juridisk problem når pasientskadeerstatningen krever dokumentasjon på at alt var gjort i tråd med god yrkespraksis. Ser man bort fra helt åpenbare og irrelevante forhold, bør man vel også ha praksis for å dokumentere negative funn, som for eksempel 'ikke tegn til infeksjon' etter innsatt hofteprotese. Et viktig moment for oss i denne oppgaven var å ikke umiddelbart gå rett fra et problem erfart av oss til en løsning rettet mot en mer eller mindre tilfeldig valgt klinisk avdeling. Heller ønsket vi å legge ned et arbeid i å

møte ortopedisk avdeling på Ahus med våre erfaringer og utrede om dette var en problemstilling hvor de kjente seg igjen. Da problemstillingen var validert, var det også viktig for oss at vi ikke skulle komme med én løsning vi mente var rett for dem, men heller i fellesskap, gjennom en spørreundersøkelse og intervjuer, utarbeide flere muligheter og vurdere appliserbarhet og effekt av en liste med forslag. Vår undersøkelse endte opp med en prioritert liste over mulig tiltak, der et av disse faktisk allerede var forsøkt innført. På bakgrunn av dette, kunne vi konkludere med at etablering av fredagsnotat som fast rutine samt økt fokus på dokumentasjon antakelig ville være de mest ressurseffektive tiltakene.

Et interessant moment i denne sammenheng var at vi initialt, før vi fikk etablert kontakt med den aktuelle avdelingen, var relativt godt overbevist om at mobile elektroniske systemer for dokumentasjon, såkalte Computers on wheels (COWs), ville være løsningen på dokumentasjonsmangelen. Det skulle imidlertid vise seg at dette trolig ikke var det beste tiltaket. Dette understreker viktigheten av å utrede problemet, fremfor å gå rett på en løsning, og deretter i tett samarbeid med felten komme fram til hensiktsmessige løsninger. Et annet viktig poeng er grundig vurdering av forhold som taler mot mulige tiltak. I forhold til COWs var det helt åpenbart at det ville være en stor forandring i et endrings-trett miljø, store kostnader og liten tro på tiltaket blant de som eventuelt skulle gjennomføre dette. Man bør nok på det generelle plan være lydhøre for slike type faktorer, men dersom forandringen er tilstrekkelig nødvendig og løsningen er åpenbar, hvilket den ikke var i dette tilfellet, bør man alltid ha muligheten åpen for at de involverte i for stor grad ser hindringene og ikke mulighetene.

Tilbake til vårt eget prosjekt. Før man eventuelt skulle ta en avgjørelse på om man skal gjennomføre tiltakene eller ikke, er det viktig å spørre seg følgende: blir ressurskostnadene høyere enn en eventuell nytte? Hva gjelder kostnader har vi valgt å satse på tiltak som er relativt billige rent økonomisk. Det vil kreve noe ekstra arbeidstid av legen som går visitt på fredager og det er lagt opp til at denne ikke settes på operasjonsprogrammet. Det forventes imidlertid at de bruker resten av dagen nyttig, for eksempel til epikriseskriving, annet postarbeid eller egen faglig oppdatering og at dette totalt sett blir nyttig for avdelingen. I tillegg kommer ressursbruken av overleger som går gjennom kvaliteten på random-sample pasientene, som vil variere litt hvor mange pasienter man inkluderer her. Inkluderer man mange vil jo dette ta lengre tid, men styrken til målingen vil også bli bedre. Tiltakene krever trolig mer ressurser fra avdelingsledelsen enn fra legene selv. Endringer er ikke noe som

gjennomføres over uker, men heller måneder og år. Det vil kreve mye gjentakelse og en tydelig sterk leder, hvilket vi oppfatter avdelingen har. En svakhet er kanskje hans noen ganger manglende tilstedeværelse på møter. Skal man vurdere gevinsten av en slik endring virker den i første omgang åpenbar. Med stor sannsynlighet vil antallet fredagsnotater øke. Hvorvidt dette egentlig fører til bedre pasientbehandling er en annen sak. Det foreligger for eksempel vitenskapelig belegg for at økt dokumentasjon ikke bare fører til flere diagnoser med også til flere feildiagnoser (12). Det er altså ikke helt åpenbart at våre tiltak samlet sett vil føre til bedre helse for pasienter. Sett på en annen side, vårt utgangspunkt var vel egentlig den opplevde diskrepansen mellom klinisk erfaring og lovfestet krav til dokumentasjon av helsehjelp. Her vil det være meget sannsynlig at våre tiltak vil ha effekt. I tillegg, med bakgrunn i våre forundersøkelser, er det grunn til å tro at med gjennomføringen av disse tiltak vil færre leger ved avdelingen oppleve journaldokumentasjonen som mangelfull.

8. Referanseliste

- (1) Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02-64 , Helse og omsorgsdepartementet, (2001).
- (2) Forskrift om pasientjournal, FOR-2000-12-21-1385, Helse og omsorgsdepartementet, (2001).
- (3) Osborn GD, Pike H, Smith M, Winter R, Vaughan-Williams E. Quality of clinical case note entries: how good are we at achieving set standards? *Ann R Coll Surg Engl* 2005 Nov;87(6):458-60.
- (4) Farhan J, Al-Jummaa S, Alrajhi AA, Al-Rayes H, Al-Nasser A. Documentation and coding of medical records in a tertiary care center: a pilot study. *Ann Saudi Med* 2005 Jan;25(1):46-9.
- (5) Chamisa I, Zulu BM. Setting the records straight--a prospective audit of the quality of case notes in a surgical department. *S Afr J Surg* 2007 Aug;45(3):92, 94-2, 95.
- (6) The Royal College of Surgeons of England. Guidelines for Clinicians on Medical Records and Notes. London: RCSE; 1994.
- (7) Thompson AG, Jacob K, Fulton J, McGavin CR. Do post-take ward round proformas improve communication and influence quality of patient care? *Postgrad Med J* 2004 Nov;80(949):675-6.

- (8) Opila DA. The impact of feedback to medical housestaff on chart documentation and quality of care in the outpatient setting. *J Gen Intern Med* 1997 Jun;12(6):352-6.
- (9) Lapinsky SE, Holt D, Hallett D, Abdoell M, Adhikari NK. Survey of information technology in Intensive Care Units in Ontario, Canada. *BMC Med Inform Decis Mak* 2008;8:5.
- (10) Lium JT, Tjora A, Faxvaag A. No paper, but the same routines: a qualitative exploration of experiences in two Norwegian hospitals deprived of the paper based medical record. *BMC Med Inform Decis Mak* 2008;8:2.
- (11) Hertzum M, Simonsen J. Positive effects of electronic patient records on three clinical activities. *Int J Med Inform* 2008 Dec;77(12):809-17.
- (12) Wu RC, Straus SE. Evidence for handheld electronic medical records in improving care: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak* 2006;6:26.
- (13) Svanaes D, Alsos OA, Dahl Y. Usability testing of mobile ICT for clinical settings: methodological and practical challenges. *Int J Med Inform* 2010 Apr;79(4):e24-e34.
- (14) Rutala WA, White MS, Gergen MF, Weber DJ. Bacterial contamination of keyboards: efficacy and functional impact of disinfectants. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2006 Apr;27(4):372-7.
- (15) Po JL, Burke R, Sulis C, Carling PC. Dangerous cows: an analysis of disinfection cleaning of computer keyboards on wheels. *Am J Infect Control* 2009 Nov;37(9):778-80.
- (16) Schreiner A. Kom i gang, kvalitetsforbedring i praksis. Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsutvikling. Oslo: Den norske lægeforening; 2004.
- (17) Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak* 2008;8:38.
- (18) Grimshaw J, Eccles M, Thomas R, MacLennan G, Ramsay C, Fraser C, et al. Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998. *J Gen Intern Med* 2006 Feb;21 Suppl 2:S14-S20.
- (19) Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien M, Oxman A. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *Qual Saf Health Care*. 2006Dec;15(6):433-6.

Vedlegg 1

Spørreundersøkelse i forbindelse med prosjektoppgave i KLoK ved medisinstudiet, siste år.

I 2005 gjorde Helsetilsynet landsomfattende tilsyn med gastrokirurgien. I omkring 2/3 av tilsynene ble det funnet vesentlige mangler ved kirurgers journalføring. Ofte manglet pasientjournalene opplysninger om vesentlige endringer i tilstanden til pasienten og håndteringen av denne. Lite ble dokumentert utover sykehistorie, funn ved innleggelse og operasjonsbeskrivelse.

☐

Ass.lege

☐

Overlege

Er dette en aktuell problemstilling ved din avdeling?

Ja Nei

☐☐

Hvor ofte opplever du mangler ved løpende dokumentasjon av legevisitt for pasienter som ligger 3 dager eller lengre ved din avdeling?

Ukentlig Månedlig Aldri

☐☐☐

Hvilke av følgende elementer opplever du mangelfull dokumentasjon av?

- Symtomer og kliniske funn ☐

- Hoveddiagnose ☐

- Komplikasjoner ☐

- Pågående behandling (igangsetting og endringer, inkl. medisinerer)

☐

- Informasjon gitt til pasient ☐

- Innhenting av samtykke ☐

- Planlegging av utskrivelse ☐

Mener du det bør gjennomføres tiltak for å forbedre dokumentasjon av legevisitt for pasienter som ligger 3 dager?

Ja Nei

☐☐

På de neste sidene skisseres fem forslag til tiltak for å forbedre dokumentasjon av forløp for inneliggende pasienter.

TILTAK 1: Avdelingsoverlegen pålegger vistittgående lege å skrive daglig journalnotat.

Tror du dette vil øke dokumentasjonen av legevisitt for pasienter som ligger 3 dager eller lengre?

1 2 3 4 5 6

I ingen grad I stor grad

Mener du dette tiltaket ville være tidsbesparende for postarbeid?

1 2 3 4 5 6

I ingen grad I stor grad

Mener du dette tiltaket er gjennomførbart ved din avdeling?

1 2 3 4 5 6

I ingen grad I stor grad

TILTAK 2: Avdelingen utarbeider og bruker systematisk standard mal for journalnotat på inneliggende pasienter (tilsvarende innkostmal).

Tror du dette vil øke dokumentasjonen av legevisitt for pasienter som ligger 3 dager eller lengre?

1 2 3 4 5 6

I ingen grad I stor grad

Mener du dette tiltaket ville være tidsbesparende for postarbeid?

1 2 3 4 5 6

I ingen grad I stor grad

Mener du dette tiltaket er gjennomførbart ved din avdeling?

1 2 3 4 5 6

I ingen grad I stor grad

TILTAK 3: Innføring av rutine for at legen som går visitt på fredag skriver oppsummeringsnotat for innliggende pasienter.

Tror du dette vil øke dokumentasjonen av legevisitt for pasienter som ligger 3 dager eller lengre?

1 2 3 4 5 6

I ingen grad I stor grad

Mener du dette tiltaket ville være tidsbesparende for postarbeid?

1 2 3 4 5 6

I ingen grad I stor grad

Mener du dette tiltaket er gjennomførbart ved din avdeling?

1 2 3 4 5 6

I ingen grad I stor grad

TILTAK 4: Ledelsen fokuserer over tid på viktighet av god dokumentasjon av legevisitt.

Tror du dette vil øke dokumentasjonen av legevisitt for pasienter som ligger 3 dager eller lengre?

1 2 3 4 5 6

I ingen grad I stor grad

Mener du dette tiltaket ville være tidsbesparende for postarbeid?

1 2 3 4 5 6

I ingen grad I stor grad

Mener du dette tiltaket er gjennomførbart ved din avdeling?

1 2 3 4 5 6

I ingen grad I stor grad

TILTAK 5: Praktisk tilrettelegging for at lege skal kunne dokumentere ferdig bedside dirkete i elektronisk journalsystem.

Tror du dette vil øke dokumentasjonen av legevisitt for pasienter som ligger 3 dager eller lengre?

1 2 3 4 5 6

I ingen grad I stor grad

Mener du dette tiltaket ville være tidsbesparende for postarbeid?

1 2 3 4 5 6

I ingen grad I stor grad

Mener du dette tiltaket er gjennomførbart ved din avdeling?

1 2 3 4 5 6

I ingen grad I stor grad